UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 46

L'Hydarthrose Chronique de la Syphilis Héréditaire

(HYDARTHROSE SYPHILITIQUE DOUBLE DE CLUTTON)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Mars 1922

PAR

Jean GOYON

Né à Riom (Puy-de-Dôme), le 9 Septembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, professeur, *Président.*	
	FORGUE, professeur.	
	LEENHARDT, agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

L'HYDARTHROSE CHRONIQUE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

(HYDARTHROSE SYPHILITIQUE DOUBLE DE CLUTTON)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0160

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 46

L'Hydarthrose Chronique de la Syphilis Héréditaire

(HYDARTHROSE SYPHILITIQUE DOUBLE DE CLUTTON)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Mars 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jean GOYON

Né à Riom (Puy-de-Dôme), le 9 Septembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
FORGUE, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen*.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
	TEDENAT.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, prof., *président*.	LEENHARDT, agrégé.
FORGUE, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

J. GOYON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE

A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR AIMES

CHEF DE CLINIQUE

Qui a bien voulu nous fournir les documents nécessaires à la rédaction de notre travail.

J. GOYON

AVANT-PROPOS

Rien ne pouvait nous être plus agréable que de terminer dans une Faculté presque millénaire des études dont le mystérieux attrait déborde l'activité d'une existence humaine.

L'Ecole de Montpellier a, depuis des siècles, porté dans le dédale des systèmes sans lendemain le flambeau de la vérité et de la vie, allumé au pur foyer de la Tradition. Et c'est son honneur insigne d'avoir su conserver à l'abri des profanations sacrilèges cet art vraiment sacerdotal et royal qu'est l'art de guérir.

Ses professeurs d'aujourd'hui se gardent à juste titre de rompre avec l'exemple de leurs devanciers: leur enseignement possède toute l'autorité de la science antique et tout le charme de la jeunesse éternelle. Leur bienveillance paternelle ne demande qu'à guider l'élève jusqu'au seuil du temple où il doit pénétrer à son tour.

Qu'il nous soit permis d'offrir ici l'hommage de notre respect et de notre gratitude à l'un des meilleurs Maîtres de la vieille Faculté. Au cours de notre scolarité montpelliéraine, Monsieur le Professeur Estor n'a cessé de nous prodiguer les encouragements les plus précieux; il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a permis de relever dans son service de très intéressantes observations.

Nous en devons une à l'obligeance de Monsieur le docteur Aimes qui, en outre, dans la mise au point de notre travail, a bien voulu nous apporter l'appui de sa compétence clinique. Nous le prions d'agréer nos plus vifs remerciements.

Et, au moment d'aborder cette profession médicale, si riche de nobles joies au milieu de ses graves préoccupations, nous nous faisons un devoir d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux, morts ou vivants, qui nous ont conduit au couronnement de nos efforts.

L'HYDARTHROSE CHRONIQUE

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

(HYDARTHROSE SYPHILITIQUE DOUBLE DE CLUTTON)

INTRODUCTION

L'attention est de plus en plus attirée sur les diverses manifestations de la syphilis chez l'enfant. Beaucoup de localisations, en particulier les localisations osseuses ou ostéo-articulaires prêtent à la confusion avec d'autres affections, surtout avec la tuberculose. La grande fréquence de la syphilis donne à l'étude de ces formes, un indéniable intérêt pratique. La pseudo-tumeur blanche de la syphilis héréditaire peut simuler parfaitement l'ostéo-arthrite tuberculeuse et on n'arrive parfois au diagnostic exact qu'avec de grandes difficultés.

Parmi les formes articulaires de l'hérédo-syphilis, il en est une qui est certainement très fréquente, si fréquente même que, pour certains auteurs, nous insisterons sur ce point, elle doit être mise au premier plan des stigmates de l'hérédo-syphilis au même titre que les manifestations

auriculaires, oculaires et dentaires, nous voulons parler de l'hydarthrose le plus souvent double, observée au niveau des genoux et bien décrite par Clutton.

Il nous a paru intéressant, à l'occasion de plusieurs cas observés dans le service de M. le professeur Estor, d'étudier cette hydarthrose spécifique, d'en montrer la fréquence et l'importance pratique. Nous insisterons tout particulièrement sur la question du diagnostic, parce que chez l'enfant, il faut dépister la syphilis, plus souvent méconnue chez lui que chez l'adulte, à cause de l'absence des commémoratifs et de la discrétion que l'on doit apporter dans l'interrogatoire.

Nous faisons précéder cette étude de la classification actuelle des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire. Cette classification est indispensable pour situer la forme hydarthrosique, pour montrer sa fréquence relative et en discuter le diagnostic.

Parmi les cas nombreux observés dans le service de chirurgie infantile, nous n'avons retenu que ceux dans lesquels la syphilis était certaine : 1° aveu des parents ou stigmates de syphilis retrouvés chez l'enfant (pemphigus, autres lésions spécifiques) ; 2° réaction de Wassermann positive ; 3° influence favorable du traitement par l'iodure associé au mercure (car les arsénobenzols peuvent agir efficacement sur d'autres lésions).

HISTORIQUE

Déjà, en 1561, Ambroise Paré signale les manifestations articulaires de la syphilis et Della Crose en parle dans sa *Chirurgie.*

Mais c'est le mémoire de Richet qui, en 1853, donne la première description des arthrites spécifiques et distingue d'une part l'arthrite secondaire, qui n'est qu'une synovite, et l'arthrite tertiaire caractérisée par des lésions osseuses.

Ricord ne pensait pas que la syphilis puisse d'une façon certaine être accusée de frapper les articulations, mais il admettait que la vérole pouvait parfaitement chez les tuberculeux modifier l'allure clinique des tumeurs blanches.

Fournier, dont on connaît les magnifiques travaux sur la syphilis, s'attache à l'étude des diverses manifestations articulaires de la syphilis secondaire.

Lancereaux, en 1863, et Méricamp en 1882, apportèrent les preuves anatomiques de l'existence de la syphilis articulaire. Avec Defontaine, Méricamp étudie longuement cette question et décrit une forme d'arthrite déformante héréditaire qui porte son nom.

Les thèses de Bouilly (1878) et de Dureuil (1880) sont consacrées aux pseudo-tumeurs blanches syphilitiques.

L'article de Clutton, paru le 28 février 1886 (*Lancet*), est très important pour notre étude, car l'auteur y décrit

une forme spéciale d'hydarthrose double dont on devait de nos jours démontrer la fréquence (Symetr. synovitis of the knee in heredit. syph.).

Dès lors, la syphilis articulaire héréditaire entrée dans le domaine scientifique est étudiée dans de nombreux travaux dont nous ne pouvons citer ici que les plus importants, les autres seront retrouvés dans la bibliographie.

En 1887, Danjon consacre sa thèse aux ostéo-arthropathies déformantes.

La pseudo-tumeur blanche de la syphilis héréditaire donne lieu à l'article de Manino (1888), aux thèses de Rolland (Bordeaux, 1886), Metayer (Paris, 1904), Debonnesset (Paris, 1906), Mignen (Montpellier, 1919). Citons encore l'étude de Kirmisson et Jacobson (*Revue d'orthopédie,* 1897), les travaux de Sergent sur les formes mixtes : syphilis et tuberculose (1907), de Apert dans le *Traité des maladies familiales* (1907), de Robinson, Imbert, Baudelot (Thèse de Paris, 1900), Moussous, Pierre (Thèse de Lyon, 1900), Rebeyrolle (Thèse de Paris, 1902), Métayer (Thèse de Paris, 1904), Rocher, Pascalidès (Thèse de Paris, 1905), Fouquet (Thèse de Paris, 1905), Menard, Lemoine et Périard (1908), le gros ouvrage de Weliaminoff (1910), la thèse de Merlier (1913), les travaux de Cofield (1915), Stein (1915), Cantounet (1919).

CLASSIFICATION

Nous ne pouvons mieux faire que donner la classification d'Edmond Fournier qui réunit les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire sous six types :

1° Forme arthralgique ;
2° Hydarthroses ;
3° Forme d'ostéo-arthrite ;
4° Forme de pseudo-tumeur blanche syphilitique ;
5° Forme d'arthropathie déformante épiphysaire (épiphysite) ;
6° Forme de rhumatisme déformant.

1° *Forme arthralgique.* — Elle est caractérisée uniquement par la douleur. Douleur légère ou aiguë apparaissant par accès, sans cause, puis disparaissant aussi brusquement qu'elle s'est installée. Elle possède la physionomie des douleurs syphilitiques car elle survient de préférence la nuit, ou, si elle est continue, elle présente une exaspération nocturne habituelle.

Localement, l'articulation est normale, sans gonflement, sans chaleur locale, il n'y a pas de fièvre, pas de phénomènes généraux.

On pense, devant cette symptomatologie, à une poussée de rhumatisme, à des douleurs de croissance. Mais l'échec des diverses médications et l'efficacité rapide du

mercure et surtout de l'iodure, précisent la nature de l'affection.

2° *Hydarthroses.* — Nous étudierons cette forme après avoir résumé en quelques mots, les autres variétés d'arthrite spécifique.

3° *Forme d'ostéo-arthrite.* — Elle est la plus facile à reconnaître par la forme toute particulière de la tuméfaction articulaire : la coque synoviale est blindée par une infiltration en foyers circonscrits disposés soit sous la forme de petites masses dures, soit plus volontiers sous la forme de plaques dures, inégales, tout à fait caractéristiques.

Ces formations péri-articulaires s'accompagnent d'un épanchement peu abondant.

Si on ajoute à ces caractères l'indolence à peu près complète de l'article, l'évolution extrêmement lente, l'absence de fongosités, on voit combien cette arthropathie présente une physionomie très personnelle.

4° *Pseudo-tumeur blanche syphilitique.* — Cette forme est une des plus fréquentes, elle frappe des enfants de 5 à 15 ans, surtout au niveau du genou. Mais aussi et par ordre de fréquence, elle se localise au niveau du coude, de la hanche, du cou-de-pied. Plusieurs articulations peuvent être prises simultanément, la statistique de Fouquet donne sur quarante cas, les chiffres suivants : genou, douze fois ; deux genoux, treize fois ; coude, huit fois ; hanche, deux fois ; plusieurs articulations, cinq fois.

A l'examen, il y a déformation globuleuse de l'articulation atteinte, caractérisée essentiellement par une hyperostose épiphysaire massive.

Il y a, en général, peu de liquide, c'est un liquide séreux

clair et visqueux, jamais purulent. Cependant Hutchinson a décrit une forme de *pyarthrose* mais qui doit être rattachée non aux arthrites mais à l'ostéomyélite syphilitique qui donne des gommes épiphysaires pouvant s'ouvrir dans une articulation.

Les téguments ne sont ni rouges, ni chauds, ni œdémateux, mais on observe une circulation veineuse complémentaire.

L'indolence est à peu près complète et lorsque les douleurs existent, elles ont des exacerbations nocturnes. Les mouvements passifs se font avec facilité. Les contractures et les attitudes vicieuses font défaut, comme manquent aussi les fongosités, l'adénopathie.

La marche est possible et la claudication est toujours tardive, elle n'apparaît que dans les stades avancés avec déformations osseuses considérables ou épanchement intra-articulaire important.

5° *Forme d'arthropathie déformante épiphysaire* (*épiphysite*). — Contrairement à l'opinion la plus généralement admise, Edmond Fournier considère cette forme comme la plus commune et la plus précoce; elle se rencontre, d'après lui, souvent dès la première année.

Elle siège surtout au genou et à l'extrémité supérieure de l'humérus.

Dans une première période soit par des poussées subaiguës, soit lentement et progressivement, s'installent des *hyperostoses*, des végétations ostéophytiques de l'épiphyse.

Dans une deuxième période, ces hyperostoses par leur saillie volumineuse, leurs formes bizarres, rendent les mouvements difficiles, gênent le jeu articulaire, constituent un obstacle permanent et entraînent secondaire-

ment, par suite de leur apparition chez des jeunes, des lésions d'atrophie musculaire, des troubles importants de la statique et même des arrêts de développement dans les membres touchés.

« Cette déformation est d'autant plus frappante, dit Fournier, qu'elle est irrégulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire. Ce n'est plus une hyperostose massive qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation qui bourgeonne à l'aventure, en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des apophyses osseuses, dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là, naturellement, des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration qui constituent le caractère dominant de cette variété ».

Il faut savoir que cette lésion évolue lentement et que, même sous l'influence du traitement spécifique, elle est de longue durée.

6° *Forme de rhumatisme déformant.* — Cette forme longuement décrite dans la thèse d'Ed. Fournier reproduit exactement les lésions du rhumatisme chronique déformant vulgaire : multiplicité des localisations, déformations d'ensemble intéressant tout un système (doigts en coup de vent, par exemple). Elle se distingue de lui par les caractères suivants. L'hérédo-syphilis frappe d'abord les grandes articulations (genoux, coudes, épaules). Les lésions débutent dans le jeune âge. Elle apparaît chez un enfant dont les ascendants n'ont pas présenté de lésions semblables.

HYDARTHROSES

Les affections articulaires sont extrêmement fréquentes dans la syphilis héréditaire; d'après les travaux du professeur Fournier, 39 p. 100 des hérédo-spécifiques en sont atteints.

Les publications récentes, en particulier celles de Cofield, Stein, Merlier, Von Huppel montrent que ce chiffre n'est pas assez élevé et, d'après ces auteurs, les arthropathies se retrouvent dans 56 p. 100 des cas.

En 1886, Clutton attira l'attention dans *Lancet*, sur la fréquence de l'hydarthrose double du genou dans la syphilis héréditaire et cette lésion caractéristique mérite bien de porter le nom d'hydarthrose double de Clutton.

En 1892, Hutchinson revient sur cette importante notion; en 1905 et en 1906, Fouquet démontre la vérité de cette localisation puisque sur quarante cas réunis par cet auteur, l'articulation du genou est frappée douze fois et les deux genoux treize fois. Fait tout aussi important, Fouquet constate que dans dix cas on notait la coïncidence de kératites simples ou doubles.

Jacqueau confirme cette coïncidence par de nouvelles preuves dans sa communication au Congrès de la Société française d'ophtalmologie (5 mai 1908) et dans sa thèse de 1913, Merlier montre tout l'intérêt qui s'attache à cette coexistence des lésions oculaires avec l'arthropathie.

Cantonnet en a montré l'importance dans le *Paris Médical* du 6 septembre 1919 dans un article intitulé: le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson.

De toute cette série de travaux, il ressort que l'hydarthrose est un des symptômes les plus fréquents de l'hérédo-syphilis. Malheureusement, l'attention n'a pas été assez attirée sur ce point dont l'intérêt pratique est indiscutable. En effet, si l'on en croit ces auteurs, il faut placer l'hydarthrose à côté de la surdité, de la kératite interstitielle et des malformations dentaires qui constituent la triade classique d'Hutchinson et peut-être lui donner une place d'honneur.

En effet, sur 11 cas d'hydarthroses, Clutton trouve 10 kératites, 5 dents de Hutchinson et 2 surdités.

Puech, pour 25 kératites trouve 11 cas d'hydarthrose et 5 fois des troubles auditifs.

Fouquet, pour 18 kératites: 11 hydarthroses et 2 surdités.

Merlier, 5 kératites, 4 hydarthroses, 1 surdité.

« La triade d'Hutchinson, dit Cantonnet, doit s'élargir et, de par l'admission d'un « quatrième symptôme », devenir une tétrade. Si cependant, pour des raisons historiques mais non scientifiques, on voulait maintenir cette expression de triade d'Hutchinson, il faudrait en faire sortir le symptôme surdité pour y placer l'hydarthrose, bien plus fréquente qu'elle ».

Si l'hydarthrose est si rarement rapportée à sa vraie cause, cela tient sans doute qu'on a l'habitude de la considérer comme créée par les traumatismes si fréquents chez l'enfant et qui, le plus souvent, ne sont pas en cause ou n'ont joué qu'un rôle révélateur. Il faut tenir compte également que l'hydarthrose syphilitique passe souvent inaperçue parce qu'elle est indolore et ne s'accompagne

que très rarement de gêne fonctionnelle. Elle est *souvent dépistée par les oculistes* à qui l'enfant est amené pour de la kératite.

L'association habituelle de la kératite interstitielle donne une haute signification à l'hydarthrose double, indolente, des genoux chez l'enfant et, pour Merlier, dès que cette dernière est constatée, on doit prévenir la famille de la possibilité de l'apparition de la complication oculaire.

Nous avons insisté sur ces points parce que, bien que très étudiés récemment, ils n'ont pas pénétré encore dans le public médical et que, alors qu'on attache une importance capitale à la recherche de lésions dentaires d'interprétation souvent délicate, on ne sait pas explorer les genoux où se trouvent des symptômes bien plus faciles à mettre en évidence et autrement significatifs.

A quel âge observe-t-on les hydarthroses de la syphilis héréditaire?

Les arthropathies syphilitiques se rencontrent le plus souvent entre 8 et 13 ans, mais elles se rencontrent aussi bien chez les très jeunes que chez des adolescents et des adultes même.

Nos observations concernent toutes des enfants de moins de 8 ans: 17 mois, 5 ans, 5 ans et demi, 6 ans. Kirmisson a vu des arthropathies chez un enfant de 18 jours, Heubner de 2 mois.

Mais des adultes de 25, de 27 ans et plus (Lorenzo Marmino) peuvent en être atteints.

Quels sont donc les symptômes de cette hydarthrose de la syphilis héréditaire?

Ce sont ceux de toute hydarthrose chronique, mais deux remarques s'imposent immédiatement, l'hydarthrose spécifique se constitue sans fracas, lentement et

est indolore et d'autre part elle frappe de préférence le genou et le plus souvent les deux genoux soit simultanément, soit l'un après l'autre.

Il nous paraît inutile de donner la description des symptômes de l'hydarthrose chronique du genou que l'on trouve dans tous les classiques.

Déformation articulaire avec disparition des méplats normaux. Déformation d'autant plus apparente que l'atrophie musculaire apparaît précocément.

Au début, attitude générale du membre en flexion légère (attitude de Bonnet ou position correspondant au maximum de capacité articulaire). Cette attitude est moins nette plus tard, par suite de la distension ligamentaire.

A la palpation, sensation de mollesse des culs-de-sacs synoviaux et fluctuation si le liquide n'est pas sous tension.

Choc rotulien très net en général.

Limitation des mouvements de flexion et, plus tard, par suite de la laxité articulaire permanente apparition de mouvements de latéralité.

Il est plus important d'insister sur les signes personnels de l'hydarthrose syphilitique.

L'hydarthrose de la syphilis héréditaire, nous y avons insisté, frappe le plus souvent le genou mais il est très fréquent de voir les deux genoux frappés simultanément ou successivement.

Cette lésion s'installe lentement, progressivement, sans aucune réaction locale ni générale, elle est indolente.

Deux types peuvent en être distingués :

1° Le plus souvent, l'hydarthrose est pure, elle affecte le type de l'hydarthrose essentielle ; tout au plus dans les cas anciens peut-on noter un épaississement de la syno-

viale. Parfois, on constate quelques plaques de blindage, car toutes les transitions peuvent s'observer, en réalité, entre les types schématiques de syphilis articulaires que nous avons séparés pour la clarté de l'exposition.

2° Dans d'autres cas, on remarque que sous la couche de liquide articulaire, il existe des tuméfactions osseuses. L'hydarthrose masque une arthropathie en évolution.

Nous avons fait remarquer que l'articulation était indolore, c'est la règle. Mais par exception, on peut observer des phénomènes douloureux. Lorsqu'ils existent, ils apparaissent de préférence pendant la nuit, ou s'ils sont continus, ils présentent ce caractère si spécial aux douleurs osseuses de la vérole, ils ont des exacerbations nocturnes.

On observe aussi parfois sur les téguments péri-articulaires une circulation veineuse complémentaire.

Par la ponction, on peut retirer un liquide séreux, clair et visqueux.

Notons encore l'absence d'adénopathie et l'absence d'attitudes vicieuses marquées, à part la légère flexion déjà signalée. Les attitudes vicieuses manquent par suite de l'indolence de l'article et par conséquent du défaut de contracture musculaire.

Il résulte de ce tableau clinique que les sujets n'éprouvent aucune douleur, n'ayant que des lésions très limitées de la synoviale peuvent souvent continuer à marcher et que la claudication peut faire défaut.

La boiterie n'apparaît que si l'épanchement est trop abondant et distend l'article, ou si des déformations osseuses se développent : hyperostoses épiphysaires. Ces lésions osseuses s'observent assez fréquemment si l'affection est abandonnée à elle-même par suite d'une erreur de diagnostic.

EVOLUTION

« Soupçonnez la syphilis, dit Morestin, et donnez le bon traitement, en quelques jours, le malade sera guéri; passez à côté et le mal durera, s'aggravant sans cesse, en dépit des moyens mis en œuvre ».

On ne peut mieux dire; en effet, l'hydarthrose est une lésion relativement peu grave qui disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement rationnel. Au contraire, les lésions osseuses de la syphilis, malgré l'opinion courante, demandent pour guérir de longs mois de traitement.

On peut observer des guérisons spontanées de l'hydarthrose, nous en citons des observations, mais on remarquera dans les cas que nous publions, que la guérison n'est qu'apparente car dès qu'un côté paraît guéri, l'autre se prend à son tour et parfois d'autres articulations peuvent être atteintes à distance, nous en apportons un exemple frappant.

Considérons en effet ce qui se passe dans une articulation remplie de liquide et non soumise au traitement:

Au début, il s'agit seulement d'une congestion, d'une inflammation de la synoviale.

Mais laissons le mal évoluer, le malade ne souffrant pas de son articulation, va continuer à marcher. La syno-

viale réagit, s'épaissit, s'infiltre de points durs, résistants, puis de véritables plaques de blindage.

Les extrémités osseuses réagissent à leur tour, les néoformations de l'épiphysite vont déformer l'articulation. Celle-ci est déjà distendue par le liquide qui augmente sous l'influence de l'irritation synoviale : les désordres de la laxité articulaire aggravent les désordres des néoformations osseuses.

Même dans les cas traités, il faut tenir compte de la fréquence des récidives ; de la multiplicité des atteintes articulaires ; de la facilité d'apparition des entorses dans des articulations distendues ; des complications habituelles de la syphilis dont l'observation IV nous donne un tableau saisissant.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est à faire dans deux conditions bien différentes :

1° Le sujet est un syphilitique avéré, ou il présente d'autres lésions spécifiques associées à l'hydarthrose, ou la syphilis des parents étant connue on a l'attention attirée sur la possibilité d'accidents de même nature.

2° Le sujet se présente avec une hydarthrose sans autre phénomène pathologique.

1° Dans le premier cas, on le conçoit, interrogatoire et examen viennent en aide au clinicien.

On apprend que les parents ont présenté ou présentent des accidents nettement syphilitiques : chancre, roséole, céphalée, avortements ou accouchements prématurés. Il faut savoir interroger longuement les parents peu soucieux en général d'avouer qu'ils ont fait connaissance avec le spirochète. Autant que possible les prendre séparément, ce qui facilitera le moment pénible de l'aveu. Mauclaire le dit fort justement : « C'est autant les parents, que l'enfant lui-même qu'il faudrait pouvoir examiner dans les cas douteux et insidieux ».

On recherchera chez l'enfant les stigmates de la vérole : anémie, aspect chétif, bien que l'hydarthrose coïncide fréquemment avec un état général satisfaisant, parfois même floride ; kératite interstitielle surtout puisque cette

association est particulièrement notée par les auteurs, surdité, malformations dentaires et palatines, effondrement des os du nez, hyperostoses fréquentes. On demandera en termes simples, faciles à comprendre, si l'enfant n'a pas présenté du pemphigus.

On n'oubliera pas de pratiquer la réaction de Wassermann, en sachant qu'elle est loin d'être toujours positive chez les tout jeunes.

Le développement simultané de plusieurs arthrites est un argument en faveur de la syphilis (1).

2° Lorsque l'hydarthrose constitue toute l'affection, le diagnostic est difficile. Un excellent caractère, c'est l'absence de douleurs (et si l'articulation est douloureuse l'exacerbation nocturne) avec mouvements passifs, faciles et absence d'adénopathie.

La bilatéralité ou l'atteinte simultanée ou successive de plusieurs articulations est encore un signe de tout premier ordre.

Il faut, dans les cas douteux, éliminer d'abord le traumatisme, ou s'il existe, déterminer son rôle véritable, c'est-à-dire rechercher s'il a été créateur de l'hydarthrose ou révélateur d'une lésion syphilitique. Il faut donc faire préciser les circonstances de l'accident, étudier les caractères du gonflement, rechercher s'il y a eu gonflement brusque et douloureux (hémarthrose) ou développement lent et progressif de l'épanchement.

Lorsqu'on a acquis la conviction que l'hydarthrose est spontanée, l'âge du malade permet d'éliminer un grand nombre d'hydarthroses: hydarthroses rhumatismale, des

(1) Lire l'intéressant article de Miginiac et Cadenat :
Contribution à l'étude de l'ostéo-arthropathie syphilitique héréditaire tardive de l'épaule.
Revue d'orthopédie, mars 1922.

variqueux, vasculaire, statique, par corps étrangers, nerveuses, etc.

Chez l'enfant, on observe surtout l'hydarthrose tuberculeuse, l'hydarthrose des maladies infectieuses et l'hydarthrose blennorragique.

Il faut insister surtout sur le diagnostic de l'hydarthrose tuberculeuse, l'*hydrops tuberculosus*. Nous en donnerons les caractères généraux qui peuvent ne pas se rencontrer tous chez le même sujet, bien entendu, mais dont on peut en général grouper un certain nombre:

L'état général d'un sujet frappé de tuberculose articulaire est le plus souvent mauvais, le sujet est malingre, pâle, atteint de micropolyadénopathie, né de parents tuberculeux, car la contagion directe est fréquente dans l'étiologie des tuberculoses externes.

L'évolution de l'affection est chronique, lente, et le plus souvent on note des douleurs locales.

On trouve des points osseux douloureux.

L'adénopathie est constante.

Le liquide retiré par ponction renferme des précipités fibrineux; son inoculation au cobaye le tuberculinise souvent, pas toujours; un examen cytologique montre sa richesse en lymphocytes.

La synoviale est plus ou moins épaissie; elle peut présenter des nodosités dures, surtout vers les insertions osseuses (Forgue).

L'épaississement des téguments est constant: *signe du pli cutané*, plus épais du côté malade.

On peut observer de la température, des lésions tuberculeuses en évolution soit cutanées soit osseuses, soit pulmonaires.

Localement, les contractures sont précoces. Le gonfle-

ment est souvent dû à un empâtement fongueux et non à un épanchement liquide donnant un flot net.

Le diagnostic peut être très difficile avec certaines formes de rhumatisme tuberculeux de Poncet frappant plusieurs articulations. C'est dans ces cas qu'il faut savoir demander au laboratoire de précieux renseignements : Wassermann, inoculation au cobaye, etc.

Les *arthrites infectieuses* sont fréquentes chez l'enfant. On les observe après la rougeole, la scarlatine, la variole, la pneumonie, etc., parfois après une simple angine, une furonculose, une otite moyenne.

Mais, en outre de ces commémoratifs, on remarque que l'affection en général aiguë et toujours douloureuse, même dans les formes chroniques.

L'*hydarthrose blennorragique* s'observe chez les petites filles atteintes de vulvite ou de vulvo-vaginite. Elle siège surtout au niveau du genou gauche.

Son caractère essentiel, c'est la douleur très vive. De plus, il existe du gonflement des parties molles péri-articulaires et le liquide retiré par ponction est louche ou franchement purulent.

Il faut connaître enfin les *hydarthroses dites statiques* dues à une déformation des membres : genu valgum, coxa vara, fractures.

On observe chez les *hémophiles* une arthropathie indolore, sans points osseux douloureux, ne gênant ni les mouvements, ni la marche ; elle peut donc être confondue avec l'hydarthrose syphilitique, d'autant plus qu'elle frappe souvent plusieurs articulations et qu'on peut l'observer par conséquent au niveau des deux genoux.

Mais on remarque qu'il s'agit le plus souvent de garçons ; que ces sujets présentent dans leurs antécédents des hémorragies abondantes et difficiles à arrêter.

Le début est brusque et l'évolution se fait par des poussées d'hémarthroses successives qui distendent de plus en plus l'articulation. On peut d'ailleurs observer en même temps que l'arthropathie, des hémorragies graves, des ecchymoses disséminées sur les téguments.

Dans les cas douteux, se bien garder de ponctionner l'articulation, car cette petite intervention peut s'accompagner d'une hémorragie extrêmement difficile à arrêter et parfois même mortelle.

L'*ostéomyélite* peut donner des arthrites mais l'affection est fébrile, à début brusque, ces arthrites sont d'une haute gravité car elles sont presque toujours purulentes.

PRONOSTIC

Le pronostic dépend du traitement, il est donc indispensable de poser un diagnostic précoce si l'on veut éviter les désordres que nous avons décrits au chapitre de l'évolution.

Il ne faut pas oublier en effet que si l'état local est important, l'état général l'est aussi, car le sujet syphilitique est menacé d'autres accidents plus graves que son épanchement articulaire.

Tout doit donc être mis en œuvre pour confirmer le diagnostic aussi précocément que possible: interrogatoire, examen, méthodes de laboratoire : Wassermann, inoculation au cobaye du liquide retiré par ponction.

Lorsque l'affection est mono-articulaire et que les antécédents sont nuls, quand on ne peut séparer l'hydarthrose syphilitique de l'hydrops tuberculosus, il ne faut pas hésiter à recourir au traitement d'épreuve. Dans la forme synoviale pure, avant l'apparition des lésions osseuses, le traitement spécifique amène une régression rapide et une guérison de l'hydarthrose, suivant le mot de Gaucher: « Dans le doute, ne t'abstiens pas ».

Sous l'influence d'un traitement logique, disons-nous, s'adressant à la localisation spécifique et à l'état général, et à la condition que ce traitement soit *longtemps continué* après la disparition de l'épanchement, la guérison

s'obtient facilement. Mais le sujet est exposé à des récidives qu'il faudra savoir prévenir, il est exposé aussi à des complications qu'il faut connaître pour en prévenir les parents: apparition de lésions dans les autres articulations, entorses à répétition dans les articulations guéries si l'épanchement trop abondant a distendu l'article; complications habituelles de la syphilis.

TRAITEMENT

Le traitement doit être précoce si l'on veut éviter les complications locales (transformation de l'hydarthrose en pseudo-tumeur blanche, apparition de lésions osseuses graves et de déformations articulaires) ou générales.

I. — Localement, on se contentera d'immobiliser l'articulation en bonne position jusqu'à la disparition de l'épanchement. L'immobilisation ne doit pas être trop prolongée, comme dans la tuberculose, sous peine de voir apparaître des raideurs articulaires (observ. III).

C'est seulement dans les hydarthroses volumineuses que la ponction peut être proposée, on évitera ainsi les distensions ligamentaires.

On peut utilement continuer les frictions mercurielles et la compression légère.

Les frictions mercurielles seront répétées à des intervalles réguliers par séries.

La compression légère s'exercera à l'aide de bandes de crêpe Velpeau placées sur une couche de coton cardé.

On a recommandé également la compression avec des bandelettes de Vigo.

II. — Le traitement général consiste dans l'administration de l'iodure associé au mercure.

On a le choix chez l'enfant entre les frictions mercurielles, le sirop de Gibert, la liqueur de Van Swieten, le lactate de mercure, les injections de sels mercuriels, le novarsénobenzol, ce dernier utilisé soit en injections intraveineuses, soit chez les tout jeunes en injections intramusculaires sous forme de glyco-914.

Nous n'insisterons pas sur la discussion entre ces divers médicaments, nous ne faisons que signaler les plus communément utilisés, nous n'avons pas à traiter ici la question du traitement de syphilis infantile en général, ce qui serait sortir de notre sujet.

Sous l'influence du traitement spécifique, l'articulation recouvre très rapidement sa forme, ses mouvements. Nous avons déjà insisté sur la nécessité de continuer le traitement longtemps après la guérison de l'arthrite.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Service de M. le Professeur Estor)

P..., âgé de 17 mois, entre dans le service le 15 septembre 1913 pour hydarthrose du *genou gauche.*

Antécédents. — L'enfant a présenté du pemphigus à sa naissance.

Le père a eu un chancre syphilitique et a subi un traitement incomplet.

La mère a été soignée, il y a quatre ans, pendant un mois, dans le service de syphiligraphie, pour des plaques muqueuses de la vulve et des douleurs dans les membres inférieurs.

Trois enfants morts-né au huitième mois.

Le quatrième, celui qui nous est amené, n'est arrivé à terme que grâce à des piqûres mercurielles.

Il y a trois mois, l'enfant a présenté une hydarthrose au niveau du *genou droit,* elle a guéri en quinze jours environ.

Le début de la lésion actuelle remonte à un mois et demi environ.

Examen à l'entrée. — L'articulation du genou gauche est volumineuse, elle est le siège d'un gonflement diffus qui s'accompagne de douleurs peu intenses et de limitation des mouvements.

La réaction de Wassermann est nettement positive.

Le traitement spécifique est institué et le petit malade sort guéri de sa lésion le 8 février 1914.

Cet enfant, mal soigné chez lui, est revenu dans le service en 1916, avec une arthrite de même nature et de même allure : gonflement peu douloureux au niveau de la hanche gauche, mais il existe en plus des fistules.

Guérison rapide par le traitement spécifique, avec conservation des mouvements. Cependant il persiste une légère boiterie.

L'enfant revient en 1919 avec les signes d'un mal de Pott actuellement en traitement.

Observation II

(Dûe à l'obligeance du docteur Aimes)

Le jeune M. R.., âgé de 5 ans, de Lyon, nous est envoyé à Palavas, avec le diagnostic de tumeur blanche du *genou droit,* pour suivre une cure hélio-marine.

L'interrogatoire nous apprend que l'enfant a présenté il y a un an au niveau du *genou gauche* les mêmes symptômes qu'on observe actuellement du côté opposé : gonflement, douleurs légères, puis tout est rentré dans l'ordre spontanément en quelques semaines.

Le père est en bonne santé.

La mère a eu deux fausses couches et n'a pu mener à bien deux grossesses (le jeune malade et une fillette de 2 ans) qu'en suivant un traitement mercuriel.

A l'examen, nous trouvons un genou à peu près fixé en flexion légère, atteint d'une hydarthrose très légère, absolument indolore. On nous apprend que le genou a contenu au début de l'affection une quantité notable de liquide.

L'état général est très médiocre. L'enfant est chétif et pâle.

La réaction de Wassermann est légèrement positive.

Le petit malade est soumis à un double traitement général et local: vie ou soleil au bord de la mer, sirop de Gibert à l'intérieur, onguent mercuriel localement. Mobilisation progressive du genou. Bains de sable chaud.

En deux mois, le genou a recouvré sa mobilité à peu près complète. L'enfant peut être considéré comme guéri; il continue à suivre chez lui le traitement spécifique. L'état général s'est remonté très rapidement, il est actuellement excellent.

Observation III

(Service de M. le Professeur Estor)

Y. J..., âgée de 5 ans et demi, entre à l'hôpital le 18 octobre 1921. Sa mère s'est aperçue depuis huit jours que le genou droit augmentait de volume, elle attribue ce fait à une chute survenue il y a un mois environ. L'enfant n'a pas présenté d'autre symptôme: pas de douleur spontanée, gêne légère de la marche, fatigue un peu plus rapide qu'auparavant.

Au point de vue général, l'enfant avait maigri depuis quelque temps, nombreux ganglions volumineux.

Rien aux antécédents personnels.

Antécédents héréditaires. — La mère bien portante, a eu six grossesses: les deux premières se sont terminées par un avortement au septième mois, la troisième est arrivée à terme mais par la naissance d'un enfant mort-né. Les trois autres enfants sont en bonne santé, notre petite malade est la plus jeune.

Le père a eu la syphilis il y a vingt ans, et a été soigné

par des piqûres. Il est réformé de guerre pour mal de Pott.

Examen. — *Genou droit* assez volumineux, globuleux, sans changement de coloration des téguments.

Pas de douleur à la pression des extrémités osseuses.

Choc rotulien net.

Mouvements non douloureux, un peu gênés dans leur plus grande étendue.

Pas d'atrophie apparente de la cuisse et de la jambe.

Volumineux ganglions inguinaux.

Genou gauche légèrement augmenté de volume, mouvements conservés, pas de douleurs, choc rotulien. Pas d'atrophie musculaire. Ganglions inguinaux moins volumineux que du côté droit.

La jambe gauche présente sur le tibia une hyperostose peu volumineuse que la mère attribue à un coup reçu à ce niveau.

Etat général. — Enfant assez maigre et pâle. Micropolyadénopathie.

Pas d'autre stigmate d'hérédo-spécificité, si ce n'est une implantation défectueuse des dents sans lésions caractéristiques. L'enfant voit et entend bien.

On commence immédiatement une série de novarsénobenzol.

Localement: repos et compression.

Observation IV

(Service de M. le Professeur Estor)

Etienne et Aimes. *Soc. des Sciences Médic. de Montpellier*, 18 avril 1913.

Le jeune L..., âgé de 6 ans, entre pour la première fois dans le service de chirurgie infantile, le 9 juillet 1911, pour douleur du genou gauche, avec impotence fonctionnelle.

Le début de l'affection remonte au commencement de juin de la même année, ce début s'est fait d'une façon insidieuse, par des douleurs peu vives, mais plus marquées à la marche et par de la boiterie.

Peu après, l'enfant a refusé de marcher et lorsque les parents nous l'ont amené, nous avons constaté:

1° Que le genou gauche était légèrement globuleux;

2° Que la jambe était en flexion marquée sur la cuisse;

3° Que la région articulaire était le siège d'un empâtement assez net.

La palpation révèle, en outre, l'existence de points douloureux au niveau de la tubérosité interne du tibia; le choc rotulien est net; les mouvements sont limités et assez douloureux. La cuisse est atrophiée; micropolyadénopathie.

Le malade ne présente aucune autre manifestation pathologique. Nous remarquons seulement que son état général est peu brillant.

D'autre part, l'interrogatoire des parents est absolument négatif quant à la possibilité d'une syphilis.

Devant le tableau clinique, le diagnostic porté est celui de tumeur blanche du genou gauche et, le 10 juillet 1911, le membre malade est immobilisé dans un plâtre.

L'enfant revient le 20 septembre 1911: l'état local s'est amélioré, les lésions paraissent en voie de régression, ce qui semble confirmer le diagnostic; l'état général est un peu meilleur. Pas d'autres manifestations pathologiques.

On applique un deuxième plâtre le jour même et le petit malade rentre dans sa famille le 22 septembre 1911.

Lorsque l'enfant revient à l'hôpital, quelques semaines plus tard, le tableau clinique a complètement changé: le genou gauche est encore globuleux, mais ce qui frappe, c'est la facilité avec laquelle sont exécutés les mouve-

ments; malgré des lésions non encore éteintes, la *flexion complète* est possible et se fait sans douleurs; la palpation de l'articulation est indolore.

D'autre part, deux autres articulations: le coude et le poignet droits, sont depuis quelques jours le siège d'un gonflement diffus avec conservation des mouvements.

Enfin, il y a un mois, est survenue une perforation de la voûte palatine.

Cet ensemble clinique est trop net pour faire hésiter.

Le père, pressé de questions, finit par avouer que neuf ans auparavant, il avait contracté un chancre syphilitique suivi de roséole et qu'il ne se soigna que pendant un an. D'autre part, sa femme avait de fréquents maux de gorge.

Nous devons ajouter, fait qui avait contribué à faire poser un diagnostic erroné, que la mère avait eu *trois grossesses, toutes trois menées à bonne fin* et qu'il restait deux enfants: le petit malade et une petite fille âgée de 3 ans; le troisième était une petie fille morte à l'âge de 50 jours. La mère se trouvait en état de grossesse.

La réaction de Wassermann fut nettement positive et l'enfant confié à M. le professeur Vedel, fut traité par des injections de 606.

Les résultats furent excellents: régression rapide des lésions articulaires, relèvement de l'état général, changement à vue d'œil de la perforation palatine qui se déterge et se rétrécit.

L'enfant a été revu, trois mois plus tard, il ne lui restait qu'un léger degré de genu valgum et la perforation palatine était presque entièrement guérie.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis héréditaire frappe souvent les articulations et on peut distinguer six types de lésions articulaires :

1° Forme arthralgique ;
2° Hydarthroses ;
3° Forme d'ostéo-arthrite ;
4° Forme de pseudo-tumeur blanche syphilitique ;
5° Forme d'arthropathie déformante épiphysaire (épiphysite) ;
6° Forme de rhumatisme déformant.

II. — Ces localisations, que Fournier trouvait chez 39 p. 100 d'hérédo-syphilitiques, se rencontreraient d'après les travaux récents, dans 56 p. 100 des cas. Il faut donc en tenir grand compte en pratique.

III. — Les hydarthroses constituent une forme commune de ces arthropathies. Leur fréquence est telle que, d'après les auteurs contemporains, l'hydarthrose du genou doit être considérée comme un stigmate essentiel de syphilis héréditaire au même titre que la kératite interstitielle et les malformations dentaires et qu'elle mérite de prendre place avant la surdité.

Il y aurait lieu, d'après ces auteurs, de parler d'une tétrade de Hutchinson ou, si l'on veut conserver le terme de triade, il faudrait remplacer les troubles auriculaires par l'hydarthrose bien plus fréquente.

IV. — Cliniquement, l'hydarthrose de la syphilis héréditaire frappe surtout le genou. Ses deux caractères essentiels sont la bilatéralité habituelle et l'indolence.

Bilatéralité: les deux genoux sont pris simultanément ou successivement.

Indolence: l'absence de douleurs explique que les mouvements et la marche sont possibles.

V. — Le diagnostic n'est facile que si le sujet présente des antécédents nettement syphilitiques ou porte des lésions spécifiques associées, ce qui est fréquent. L'interrogatoire, l'examen, les réactions de laboratoire pourront mettre sur la voie du diagnostic si la localisation articulaire est isolée, mais le problème est très difficile dans certains cas.

L'erreur de diagnostic habituelle c'est la tuberculose, l'hydrops tuberculosus, mais dans l'arthrite bacillaire, unilatérale, douloureuse, les téguments sont épaissis, il y a des points osseux douloureux, de l'adénopathie, des contractures, le liquide retiré par ponction tuberculise le cobaye.

VI. — Le pronostic est favorable si le diagnostic est précoce et le traitement spécifique appliqué avant l'apparition des lésions osseuses.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — *Bull. de la Soc. anatomique,* 1895, p. 649.
— Traité des maladies familiales, 1907.
BARKER. — Congrès de Londres, août 1913.
BONNET. — Traité des maladies des articulations, 1845.
BOSSE. — Histol. und Rad. z. tardive Form d. hereditaeren Gelenk. *Bruns's Beitr. z. Klin. Chir.,* 1906, p. 51.
BOUILLY — Thèse de Paris, 1878.
BROCA. — Traité de chirurgie infantile.
— Syphilis articulaire du genou chez l'enfant. Concours médical, 25 juillet 1903.
BAUDELOT. — Thèse de Paris, 1900.
CANESTRO. — *Lyon chirurgical,* 1910, p. 325.
CANTONNET. — *Paris médical,* 6 septembre 1919.
CLUTTON. — Symetr. synovites of the Knee in heredit. syph. *Lancet,* 26 février 1886.
COFIELD. — *The urologic and cutaneous review,* juill. 1915.
CORNIL. — Leçon sur la syphilis, p. 269.
DANJON. — Les ostéo-arthropathies déformantes de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1887.
DEBONNESSET. — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. Thèse de Paris, 1906.
DELFONTAINE. — Thèse de Paris, 1882.
DUNLOP. — Syphilitic synovitis. In *Children Edimbourg Journ.,* décembre 1904, p. 516.
DUREUIL. — Thèse de Paris, 1880.
FELTEN. — Thèse de Nancy, 1903.
FOUQUET. — De la syphilis articulaire. Thèse de Paris, 1905.
— Traité de la syphilis articulaire, Paris, 1906.
FOURNIER. — Syphilis de l'appareil locomoteur, 1873-82.
— Leçons cliniques, 1882.
— Syphilis héréditaire tardive, 1886.
FOURNIER (E.). — Hérédo-syphilis, 1906.

Fournier (E.) et Fernet (P.). — Syphilis acquise de l'enfance et syphilis héréditaire. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, Paris, 1921.
Gaucher. — Soc. de dermatol. et de syph., 4 mars 1905.
Gaucher et Fournier. — Soc. de dermatol., déc. 1901.
Gelma. — Thèse de Paris, 1891.
Gouarianz. — Thèse de Lyon, 1914.
Gutterbock. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1878, 1879, 1883.
Hippel. — *Munch Med. Woch*, 1903.
Hutchinson. — *British. Med. Journ.*, 16 avril 1892.
Jacqueau. — Congrès de la Société française d'ophtalmologie, séance du 5 mai 1908.
Jastreboff. — *Khir. Werstrick*, octobre 1894.
Joachimsthal. — *Deut. Med. Woch.*, 1894, p. 461.
Imbert. — *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 185.
Kirmisson et Jacobson. — Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. *Revue d'orthop.*, 1897, p. 366.
Knaak. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1879, p. 215.
Lancereaux. — Traité de la syphilis, 1874.
— *Union médicale*, 1873, p. 153.
Lannelongue. — *Bulletin médical*, 20 mars 1887.
— Leçons de clinique chirurgicale, 1905, p. 391 et 408.
Lapersonne (de). — Thèse de Paris, 1886.
Le Fort. — Congrès de gynécologie, Lille, 1913.
Mauclaire et Dujarier. — Maladies des articulations. *In* Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. VII.
Marfan. — Maladies des os. *In* Traité de médecine de Gilbert et Thoinot, t. XXXIX.
Mauriac. — Syphilis tertiaire et syphilis hérédit., 1890.
Ménard, Lemoine et Périard. — *Gazette des hôpitaux*, 1908, p. 605.
Méricamp. — Thèse de Paris, 1882.
Méry et Guillemot. — Société médicale des hôpitaux, avril 1903, p. 325.
Merlier. — Les arthropathies hérédro-syphilitiques et la triade d'Hutchinson. Thèse de Paris, 1913.
Merry et Terrien. — Pédiatrie pratique, 15 juillet 1904, p. 163.
Métayer. — Thèse de Paris, 1904.
Miginiac et Cadenat. — *Revue d'orthopédie*, mars 1922.
Mignon. — Thèse de Montpelier, 1921.

Morel-Lavallée. — *Union médicale,* 3 mai 1888, p. 693,
Moussous. — *Journal de méd. de Bordeaux,* 1900, p. 943.
Nicolas. — *Bull. Soc. méd. de Lyon,* avril 1905.
Parrot. — Archives de physiologie, 1872.
Pascalidès. — Thèse de Paris, 1905.
Ranguedat. — Thèse de Paris, 1883.
Rebeyrol. — Thèse de Paris, 1902.
Richet. — Académie de médecine, 1853, p. 249.
Ricord. — Traité des maladies vénériennes, 1838.
Robert. — Nouveau traité des maladies vénériennes, 1861, p. 701.
Robinson. — *British. Med. Journ.,* mai 1846.
Rocher. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux,* 1904, p. 462.
Rolland. — Thèse de Bordeaux, 1886.
Saint-Pierre. — Thèse de Lyon, 1900.
Sancet. — Thèse de Bordeaux, 1904.
Sergent. — Syphilis et tuberculose, Paris, 1907.
Stein. — *Medical record,* septembre 19 15.
Steimberg. — Thèse de Paris, 1898.
Sutherland. — On syph. arthritis. *Policl.,* London, 1905.
Taylor. — *Phil. Med. an Surg. Report,* 1878.
Toussaint. — Thèse de Paris, 1881.
Voisin. — Thèse de Paris, 1875.
Wegner. — *Virchow's Archiv.,* Bd. 50, p. 305.
Waldeyer et Koehner. — *Virchow's Archiv.,* Bd. 55, p. 367.
Weliaminoff. — Syphilis articulaire, 1910.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

L'Hydarthrose chronique de la syphilis héréditaire

Par M. Jean Goyon.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 15 mars 1922.
Le Professeur,
ESTOR.

Vu :
Montpellier, le 15 mars 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 mars 1922.
Le Recteur,
Jules COULET